

## **Выводы**

Перкутанная остеотомия таза предлагает ценную альтернативу стандартным методам, так как даёт схожий результат при меньшем повреждении мягких тканей, меньшей кровопотери и более коротком времени оперативного вмешательства.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМ РОСТОМ СКЕЛЕТА**

**Прислопский А. А., Дивович Г. В., Винник А. В., Сиваков Д. Н.**

Гомельская областная детская клиническая больница  
Гомельский государственный медицинский университет  
Гомель, Республика Беларусь

### **Актуальность**

Патология пателлофemorального сустава встречается от 10 до 40% у впервые обратившихся с повреждениями коленного сустава пациентов. Травматические вывихи надколенника составляют до 5-8% от всех травм коленного сустава, и встречаются чаще у детей и подростков с незавершенностью процессов роста. Рецидивы вывиха надколенника встречаются в 30% случаев при наличии дисплазии коленного сустава и при первичном эпизоде вывиха в возрасте ранее 14 лет. После рецидивов развивается хроническая нестабильность надколенника [6].

В мировой ортопедии значительно возрос интерес к проблеме лечения данной патологии: более внимательно рассмотрена анатомия разгибательного аппарата коленного сустава и структур, стабилизирующих надколенник; разрабатываются консервативные и оперативные методы лечения латеральной нестабильности надколенника; увеличилось число пациентов, ведущих активный образ жизни, предъявляющих жалобы на боль в переднем отделе коленного сустава, сопровождающуюся ощущением нестабильности, положительным симптомом «опасения» и вывихами надколенника [5, 6].

В норме коленный сустав имеет незначительную вальгусную форму, поэтому надколенник стремится кнаружи при сокращении

четырехглавой мышцы бедра в процессе разгибания. Латеральное смещение надколенника предотвращается по ряду причин: надколенник “сидит” в надколенниковой поверхности бедра, которая имеет высокую латеральную “возвышенность”, разгибатели толкают надколенник плотно к ямке, а их связочный аппарат и надколеннико-бедренная связка центрируют надколенник при попытке сместиться в стороны. Наиболее важная структура в поддержании статики с медиальной стороны это медиальная надколеннико-бедренная связка – структура, отходящая от верхнемедиального края надколенника к медиальному мыщелку бедра и к медиальной широкой фасции. В нормальном коленном суставе необходимо достаточная сила, чтобы сместить надколенник с его траектории. Если углубление надколенниковой поверхности бедра мало, или надколенник расположен выше чем обычно, либо связки патологически слабы, вывих возникает без труда [1, 7].

На сегодняшний день существует более 100 различных хирургических методик, направленных на устранение латеральной нестабильности надколенника. Выбор методики хирургического лечения зависит от возраста пациента, его образа жизни, выраженности нестабильности надколенника, данных физикальных и инструментальных методов исследования пателло-фemorального сустава [2, 3].

Все вмешательства можно разделить 4 группы: 1) проксимальные реконструктивные операции; 2) дистальные реконструктивные операции; 3) операции на связочно-мышечном аппарате; 4) комбинированные оперативные вмешательства [4, 7].

**Целью** работы является исследование способа пластики медиальной пателло-фemorальной связки собственными тканями и изучение результатов его применения у пациентов с незавершенным ростом скелета, страдающих привычным вывихом надколенника

#### **Материалы и методы исследования.**

С 2017 по 2019 год на базе травматолого-ортопедического отделения УГОКБ и созданного в 2018 году детского травматолого-ортопедического отделения УГОДКБ было проведено 10 операций 9 пациентам в возрасте 9-16 лет с привычным вывихом надколенника (не менее 3 эпизодов) и врожденным вывихом надколенника (3 пациента).

В диагностике патологии пателло-фemorального сустава был использован весь диагностический арсенал наших клиник: анамнез,

физикальное обследование, проведение функциональных тестов (определение угла квадрицепса “Q”, тест на ограничение поднятия латерального края надколенника, определение симптома щелкающего надколенника – J-признак), рентгенологическое исследование (прямые, боковые, тангенциальные рентгенограммы: индекс Caton-Deschamps, линия Blumensaat, угол конгруэнтности Merchant, уровень латерализации собственной связки надколенника), КТ, МРТ (для определения степени хондральных повреждений медиальной фасетки надколенника и мышечков бедра, выявления выраженности повреждения стабилизаторов надколенника).

Всем пациентам была выполнена пластика медиальной пателло-фemorальной связки способом ауторектоаддуктопластики: латеральный открытый или артроскопический релиз коленного сустава, выкраивание продольного лоскута из сухожилия четырехглавой мышцы бедра основанием дистально (10-12 см длина и 1,5-2 см ширина), проведение сформированного лоскута под *m. vastus medialis* в зону прикрепления дистального сухожилия *m.adductor magnus* к бедру и фиксация лоскута к сухожилию в виде петли в необходимом натяжении.

**Результаты** оценены у всех 9 пациентов по шкале Crosby and Insall, основными критериями которой являются: наличие боли, амплитуда движения в коленном суставе, активность пациента (включая спорт) [6]. Рецидивов вывихов не наблюдалось. Симптом “опасения”, боль и дискомфорт исчезли у всех пациентов. Срок реабилитации после снятия гипсовой повязки варьировал от 8 до 10 недель. Все пациенты достигли нормального объема сгибания в коленном суставе. У 8 пациентов был отличный результат после проведенной операции. У одного пациента с атонически-астатической формой ДЦП и выраженной дисплазией мышечков бедра развился рецидив нестабильности надколенника (подвывих надколенника), причем вправление его пациент регулирует самостоятельно волнообразным напряжением четырехглавой мышцы бедра. Ему проводится интенсивный курс реабилитации. В случае неэффективности консервативного лечения планируется артроскопическое вмешательство на мышечках бедра.

## **Выводы**

1. Способ ауторектоаддуктопластики позволяет интраоперационно установить степень натяжения вновь созданной медиальной пателло-фemorальной связки.

2. Использование вариантов технического исполнения оперативного вмешательства позволяет значительно снизить вероятность развития синдрома латеральной гиперпрессии надколенника.

3. Ауторектоаддуктопластика подходит для лечения привычного и врожденного вывиха надколенника в различных возрастных группах.

4. При выполнении операции у детей с неврологической патологией (ДЦП, гипотонические синдромы) и выраженной дисплазией мышечков бедренной кости необходимо выполнение скелетных артроризных хирургических манипуляций. Период реабилитации таких пациентов более длительный и трудоемкий.

## **Литература**

1. Г. Л. Билич, В. А. Крыжановский. Атлас анатомии человека: Учеб. пособие. – 2-е изд., стереотипное. – В 3 томах. – Т. 1. – М.: Москва, «Гэотар», 2013 г.
2. Бойчев Б., Комфорти В., Чоканов К. Оперативная ортопедия и травматология. София, «Медицина и физкультура», 1961.
3. И. А. Мовшович. Оперативная ортопедия. Москва, «Медицина», 1983.
4. Н. А. Богораз. Восстановительная хирургия. — В 2 томах. — Т. 1. Москва: Медгиз, 1948.
5. Hughston J, Walsh W, Puddu G. Patellar subluxation and dislocation. Philadelphia: WB Saunders, 1984.
6. Герасименко М. А., Белецкий А. В. Диагностика и лечение повреждений и ортопедических заболеваний коленного сустава, монография. Минск: Технология, 2010.
7. Фред Д. Кушнер, В. Норманн Скотт, Жиль Р. Скудери. Хирургия коленного сустава. Москва: Медицинская литература, 2014.